



# Le cancer comme inscription d'une rupture biographique dans le corps

Aline Sarradon

## ► To cite this version:

Aline Sarradon. Le cancer comme inscription d'une rupture biographique dans le corps. Florence Cousson-Gélie, Emmanuel Langlois, Marion Barrault. Faire Face au cancer. Image du corps, Image de soi, Tikinagan, pp.285-311, 2009. hal-00463633

**HAL Id: hal-00463633**

**<https://hal.science/hal-00463633>**

Submitted on 13 Mar 2011

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Article paru dans l'ouvrage : *Faire Face au Cancer. Image du corps, image de soi*, Florence Cousson-Gélie, Emmanuel Langlois, Marion Barrault (dir.), 2009.

Aline SARRADON-ECK

### **Le cancer comme inscription d'une rupture biographique dans le corps (pp. 285-311)**

Les représentations et théories profanes du malheur dans les sociétés occidentales accordent une place importante à l'interprétation psychosomatique des maladies. Aucune maladie n'échappe à la mise en cause du psychisme dans sa genèse ou son évolution, et plus particulièrement la maladie cancéreuse tant cette relation de causalité est omniprésente dans les modèles étiologiques populaires.

Pourquoi, dans la société française contemporaine, la maladie cancéreuse appelle-t-elle les individus malades ou bien portants à repenser l'unité fondamentale de l'être et les liens entre le corps et l'esprit ?

Interroger cette interprétation du cancer, c'est explorer l'imaginaire du corps soumis à l'épreuve de la maladie. Examiner les formes de causalités mobilisées et mises en récit par les personnes, c'est analyser, au-delà des expériences singulières dont elles rendent compte, une grammaire des interactions entre psychisme et corps malade qui s'inscrit plus globalement dans une vision des rapports de l'individu à son corps et au monde culturellement déterminée.

Si des recherches en sciences sociales ont étudié les modèles culturels d'explication de la maladie (Laplantine, 1986 ; Herzlich et Pierret, 1991), les chercheurs n'ont pas fait de la psychogenèse du cancer l'objet principal de leur investigation, en dehors des travaux, un peu anciens, de l'historien Pierre Darmon (1993) et de la sociologue Susan Sontag (1979). Même si leurs analyses critiques, particulièrement virulentes, visent à dénoncer un « mythe » pour le premier, et à pointer la culpabilisation du malade par les interprétations psychosomatiques pour la seconde, elles ont le mérite de relier représentations et logiques sociales et culturelles plus globales. Dans le sillage de ces auteurs, nous avons choisi d'examiner la causalité « psychogenèse » du cancer en termes de représentation culturelle<sup>1</sup>.

Ce texte propose donc d'examiner le modèle étiologique profane de la psychogenèse du cancer, qui attribue à une certaine activité psychique (relevant de l'esprit, de l'intelligence et de l'affectivité) l'origine ou le déclenchement de la maladie cancéreuse, en tant que construction sociale en analysant sa dynamique et les conditions culturelles de son élaboration. Il vise à explorer comment une interprétation collective du cancer peut influencer l'expérience individuelle de la maladie.

Il s'appuie sur une enquête ethnographique conduite dans le Sud-Est de la France, en 2006 et 2007<sup>2</sup>. Celle-ci repose sur une ethnographie hospitalière et une ethnographie des

---

<sup>1</sup> L'anthropologie cognitive, avec Dan Sperber (1991), distingue les « représentations publiques », *i.e.* la représentation mentale qu'un individu va communiquer à son groupe, et les « représentations culturelles » qui sont des représentations publiques communiquées de manière répétée et qui finissent par être distribuées dans le groupe social tout entier jusqu'à faire l'objet d'une vision mentale pour chacun des membres du groupe. Le rôle de l'anthropologue est « d'expliquer les représentations culturelles, c'est-à-dire les facteurs qui déterminent la sélection de certaines représentations et leur partage par un groupe social » (Sperber, 1982 : 47).

<sup>2</sup> Conduite dans le cadre d'un programme de recherche « Formes sociales et usages sociaux des théories de la psychogenèse du cancer » du CReCSS (Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés, UPCAM), en partenariat avec le Cancéropôle PACA, et subventionné par la Fondation de France. Ce texte doit beaucoup aux apports collectifs des chercheurs de ce projet : Coralie Caudullo, Sandrine Musso, Odina Sturzenegger-Benoist, et à la participation du Dr Jacques Camerlo (Institut Paoli Calmettes).

recours thérapeutiques alternatifs, ainsi que sur des entretiens avec des personnes atteintes d'un cancer (n=45), en rémission ou en traitement.

### Une grammaire partagée

La catégorie étiologique « psychogenèse du cancer » est fréquente dans les discours des malades, comme l'attestent plusieurs travaux. Par exemple, l'étude canadienne de Stewart et al (2001) réalisée par questionnaires auprès de femmes ayant eu un cancer du sein et en rémission, montre que 42,2% d'entre elles attribuent leur cancer au « stress », 60 % attribuent leur rémission à une « attitude positive », et 27,9% attribuent leur rémission à la réduction du stress dans leur vie quotidienne. L'étude australienne de Manderson et al (2005), réalisée auprès de femmes atteintes d'un cancer gynécologique retrouve 3 catégories de discours explicatifs du cancer : le « stress » (émotionnel, social, événementiel), l'environnement (principalement la nourriture), et... l'absence d'explication. Des facteurs psychologiques (personnalité, tristesse, incapacité à exprimer ses émotions) et le stress (migration, expériences douloureuses, décès dans la famille) sont aussi retrouvés, au côté d'autres causes (nourriture, toxiques, radiations, pollution, facteurs hormonaux, traumatismes locaux) dans les attributions causales du cancer de patientes australiennes d'origine chinoise atteintes de cancer du sein héréditaire (Eisenbruch et al, 2004).

En France, l'enquête *Baromètre du cancer* conduite auprès de 4 046 personnes de plus de 16 ans, révèle que la population générale considère comme facteurs favorisants (certains ou probables) du cancer le « stress de la vie moderne » ou le fait d'avoir été fragilisé par des expériences antérieures douloureuses (68 % des personnes interrogées), le fait d'être aigri à causes de déception affectives ou professionnelles (50,6 %), ou encore de ne pas arriver à exprimer ses émotions (39,6%). Seules 18,8 % des personnes interrogées ne croient pas à une incidence des problèmes d'ordre psychologique sur la survenue d'un cancer (Peretti-Watel, 2006).

Plusieurs études en sciences sociales (Ménoret, 1999 ; Bataille, 2003 ; Ouvrier, 2004 ; Fainzang, 2006) témoignent également de la représentation de la psychogenèse du cancer dans les discours de malades, *mais également dans les discours de soignants*. Pourtant, les documents listant les causes et facteurs de risques connus (et reconnus scientifiquement) du cancer, produits par les organismes tels que l'Organisation Mondiale de la Santé, l'Institut national du cancer, ou encore la Ligue contre le cancer, ne mentionnent pas les facteurs psychologiques. De même, les articles ou ouvrages biomédicaux n'évoquent pas la psychogenèse dans les étiologies du cancer. Celle-ci apparaît principalement dans les revues et ouvrages de psychologie de la santé ou de psychiatrie qui reproduisent de nombreux travaux tentant de valider ou d'invalidier l'hypothèse étiologique de la psychogenèse. Or, les méta-analyses des études ayant cherché à prouver scientifiquement la relation de causalité entre des événements de vie *a priori* stressants et le développement de la maladie, ne permettent pas de conclure sur l'influence du psychisme sur la survenue du cancer, ni sur son évolution (Reynaert et al, 2000 ; Jadoulle et al, 2004 ; Garssen, 2004 ; Santiago Delefosse, 2008).

Dans notre enquête, les personnes malades ou ayant traversé l'expérience de la maladie expriment majoritairement, et de manière signifiante, des relations entre la vie psychique et l'origine, le déclenchement et l'évolution de la maladie. En effet, trente (30/45) d'entre elles évoquent explicitement une causalité psychique (psychogenèse) dans la survenue de leur cancer seule ou associée à d'autres facteurs. Huit personnes (8/45) pensent que la causalité psychique existe « pour les autres », mais la rejettent pour elles-mêmes, tout en

accordant au psychisme un rôle majeur dans l'évolution de la maladie (rôle du « moral »), ou en considérant le « stress » comme un facteur de risque. Enfin, sept (7/45) n'invoquent pas le psychisme mais une autre cause (hérédité, prédisposition génétique, cause exogène, fatalité). Parmi elles, trois refusent explicitement l'influence du psychisme dans la genèse de la maladie d'une part, et sur son évolution d'autre part.

Les discours recueillis sont des narrations de maladie, c'est-à-dire des (re)constructions *a posteriori* révélant que l'attribution causale est un processus cognitif dynamique qui se construit et se transforme en fonction de différents paramètres tels que la temporalité de la maladie (annonce, période des traitements, rémission), l'expérience vécue (corporelle, psychique) et l'expérience sociale (relationnelle) de la maladie et des traitements.

L'attribution causale intervient pour une partie des personnes dès l'annonce du cancer, en raison du caractère soudain et non prévisible de la maladie qui les conduit à une démarche d'enquête. Le modèle explicatif de la maladie soit se maintient ensuite tout au long des traitements et de la rémission, soit se transforme avec une nouvelle attribution causale. Ainsi, la causalité psychique unique est prédominante chez certains dès l'annonce, puis est progressivement abandonnée pour une conception multifactorielle du cancer. Pour d'autres, l'explication du cancer par la psychogenèse n'était pas présente au début de la maladie et des traitements, mais elle s'élabore dans les mois ou les années qui suivent. Pour d'autres enfin, la récurrence, ou l'apparition d'un nouveau cancer, en tant que répétition d'un événement, déclenche une nouvelle quête de sens qui passe par l'attribution causale et l'imputation au psychisme.

Le vécu (corporel, psychique, relationnel) de la maladie est, pour certaines personnes, l'élément déclencheur du processus d'attribution causale en raison des paradoxes du traitement qui va rendre visible le cancer pour soi et pour les autres. En effet, plusieurs personnes ne se percevant pas « malades » au moment du diagnostic du cancer et, parce qu'elles étaient confiantes quant au pronostic, n'ont pas vécu l'annonce du diagnostic et des traitements comme un bouleversement biographique auquel il leur fallait donner un sens. En revanche, l'expérience corporelle et l'épreuve sociale des traitements prennent la forme de « l'événement » qui marque une « rupture biographique » (Bury, 1982), et induit une démarche d'enquête pour lui trouver un sens. En effet, les effets indésirables (de la chimiothérapie principalement) sont responsables d'un malaise physique important. La plupart des personnes en parlent comme une épreuve physique particulièrement douloureuse. Elles se sont senties « *vraiment malades* » lors de cette phase de la prise en charge, voire « *mourantes* » pour quelques-unes, alors qu'elles étaient en bonne santé apparente avant la découverte du cancer. Cette période est aussi une épreuve sociale car le traitement inscrit la maladie dans les corps en modifiant l'image corporelle (alopécie, mutilations). Il perturbe les relations sociales en empêchant le malade d'exercer ses activités sociales, mais surtout en raison du regard social sur la maladie (Dany, 2008) induit par les stigmates du traitement (Rosman, 2004) : peur de la mort renvoyée par les autres ; isolement, voire mort sociale (Gordon, 1990).

Enfin, le savoir (biomédical ou alternatif) acquis par les malades tout au long de l'itinéraire thérapeutique dans le secteur biomédical et alternatif des soins joue un rôle déterminant dans cette dynamique. Ce savoir profane se construit – en partie – ou se renforce par l'appropriation de bribes de savoir médical et dans l'interaction soignant-soigné. Le « discours public » (discours de médecins ou de personnalités du monde scientifique, reconnus par les sphères académiques) est relativement ambivalent, laissant entendre que l'hypothèse d'une psychogenèse est plausible et que le savoir biomédical n'est pas stabilisé dans ce domaine. Lors de la rencontre clinique, le discours des soignants (médecins et paramédicaux) envers les patients ou leur entourage, revêt, quant à lui, différentes formes. En effet, la plupart des soignants évitent de répondre aux questions du malade sur le sens de sa

maladie. Néanmoins, la confrontation des professionnels à l'interprétation de la maladie par les patients conduit certains soignants à se positionner en faveur ou, à l'inverse, à réfuter explicitement l'hypothèse d'une psychogenèse<sup>3</sup>. Les représentations des professionnels qui adhèrent à la mise en cause du psychisme reposent sur des théories psychosomatiques en usage dans la société telles que les théories psychanalytiques vulgarisées de la répression des émotions, ou celles qui se réfèrent aux théories alternatives du décodage biologique. Ils se réapproprient une représentation sociale et transforment une théorie profane en théorie « officielle » (*i.e.* portées par l'institution) et peuvent interférer dans l'interprétation de la maladie du malade lors de la transaction de savoirs (Katon et Kleinman, 1981), au cours de la rencontre clinique, dans la direction soigné-soignant. Pour d'autres soignants, la répétition des récits des malades reliant psychisme et cancer a un effet d'accumulation qui les amène à évoquer la possibilité d'une psychogenèse du cancer. Les professionnels sont touchés par les histoires de vie dramatiques des personnes qu'ils soignent. La proximité avec les malades, la compassion des soignants, associées à la répétition des récits mêlant maladie et événements traumatiques participent à la construction des représentations de la maladie des soignants.

S'agissant des représentations de la maladie, les médecins, comme les autres soignants, sont des « passeurs de mots » (Jaffré, 2002), mais aussi des passeurs de sens, tandis que les malades sont des passeurs d'expériences et de savoirs empiriques. Néanmoins, parce qu'ils n'adhèrent pas tous à ce modèle étiologique, ou parce qu'ils se sentent impuissants face aux interrogations et à la quête de sens des malades, ou encore pour contrôler leurs affects, les professionnels développent des stratégies d'évitement des discours des malades sur la relation de causalité entre psychisme et cancer dont la principale est la délégation de l'écoute aux psychologues.

### Modèles étiologiques profanes

La mise en cause du psychisme est envisagée par les individus soit dans une relation de causalité unique (modèle linéaire), soit dans une conception multifactorielle (modèle multifactoriel) de l'origine du cancer selon laquelle l'activité psychique est un facteur de risque parmi d'autres ou un facteur déclenchant de la maladie. Dans ce second modèle, l'attribution causale est un processus de rationalisation *a posteriori* par lequel le risque « psychique » est élevé au même rang que l'exposition aux toxiques (tabac, pollution, exposition aux radiations, alimentation), aux traitements hormonaux (THS, pilule), ou encore au risque héréditaire.

Dans ces deux modèles<sup>4</sup>, l'origine du cancer est perçue soit comme endogène, soit comme exogène. Lorsqu'elle est considérée comme endogène (personnalité, tempérament « nerveux », mode de fonctionnement psychique, conflits psychiques, émotions non extériorisées, fragilité émotionnelle, vulnérabilité psychique), les personnes disent « *se fabriquer* » ou « *sécréter* » un cancer. La tumeur est donc le résultat d'une « production » par la personne, une matérialisation délétère des caractéristiques psychologiques de la personne. Les malades ne s'estiment pas systématiquement responsables de leur maladie puisque ces caractéristiques pathogènes peuvent être attribuées à l'entourage (familial principalement), à des circonstances biographiques, ou encore à une constitution « héritée ». Mais les extraits

<sup>3</sup> Précisons que, dans les limites de notre échantillon et des observations réalisées, il ne semble pas y avoir de différences entre les catégories sociales professionnelles - médecins et infirmiers en particulier - dans l'adhésion ou la non-adhésion aux théories étiologiques de la psychogenèse. En effet, on retrouve des discours semblables dans chaque catégorie professionnelle.

<sup>4</sup> Nous donnons ici au concept de « modèle » le sens anglo-saxon de représentation culturelle.

d'entretiens montrent aussi que les personnes conjuguent la notion de responsabilité individuelle (conduites déviantes ou à risque, ne pas prendre soin d'un terrain que l'on sait sensible) et les facteurs exogènes.

Dans le modèle exogène, l'origine du cancer est extérieure à la personne qui impute la maladie à l'environnement social et à la pression sociale (« *stress* »), à des événements biographiques traumatisants (« *chocs* », « *trauma* »), tels la perte d'un être cher ou d'un emploi, responsables d'une souffrance psychique. L'individu est alors une « victime » d'événements indépendants de sa volonté, ou de la société pathogène et du mode de vie moderne.

Les modèles étiologiques profanes du cancer se construisent autour de ces deux axes : linéaire/multifactoriel, endogène/exogène. Si nous ne pouvons pas affirmer qu'un de ces modèles étiologiques profanes soit prédominant par rapport à une autre, il apparaît néanmoins que le modèle culturel décrit par Susan Sontag (1979) – le cancer comme l'échec de l'individu à exprimer ses émotions – n'est pas la seule représentation culturelle retrouvée dans notre enquête. En l'absence de travaux antérieurs à notre recherche dans la société française, nous ne pouvons conclure ni à une différence dans les représentations du cancer entre la société nord-américaine et la société française, ni à une transformation des représentations culturelles au cours des trente dernières années. Néanmoins, cette deuxième hypothèse nous semble la plus probable avec l'émergence de deux modèles culturels plus proches des pôles exogène et multifactoriel.

#### Le cancer comme cicatrice d'un traumatisme

Selon la représentation décrite par S. Sontag, le cancer est un stigmate des caractéristiques personnelles de l'individu telle sa personnalité pathogène ou son incapacité à exprimer ses émotions et, partant, stigmate de son échec. S. Sontag a souligné combien cette interprétation psychosomatique du cancer peut être culpabilisante pour les malades et « traduit le mépris » (1979 : 60) de ceux qui l'énoncent, et de la société dans son ensemble, pour les individus qui s'écartent de la norme sociale de l'accomplissement de soi. La stigmatisation des malades viendrait de l'interprétation psychosomatique des maladies, dans un processus qui s'apparente à une accusation. L'accusation ne porte pas sur des comportements transgressifs comme dans d'autres maladies (sida par exemple), mais vise à dénoncer les incapacités de l'individu : incapacité de symbolisation, pauvreté de l'imaginaire, incapacité à élaborer des représentations mentales, à verbaliser, à faire face, à « gérer » le stress, à s'affirmer, etc. (Sarradon-Eck, 2004).

La première représentation décrite par notre étude résulte d'une interprétation de la maladie selon laquelle le malade est une victime d'un traumatisme psychique, lui-même étant la conséquence d'un accident biographique ou d'un environnement social. Le cancer est alors la cicatrice physique du traumatisme, l'inscription dans le corps d'une expérience sociale. Le malade est une victime directe ou indirecte d'un Autre (individu ou groupe social). La stigmatisation du malade cancéreux n'est pas fondée sur des critères dévalorisants pour la personne comme dans le modèle décrit par S. Sontag. Elle est ancrée dans une dynamique culturelle de « traumatisation généralisée de l'existence » (Fassin, Rechtman, 2007) qui va favoriser une démarche d'enquête à la recherche d'un événement biographique susceptible de déclencher un cancer, événement élevé alors, *a posteriori*, au rang de traumatisme, parce que, pour le dire avec les mots des personnes interviewées, « *on n'attribue le cancer qu'à des personnes qui ont des problèmes [familiaux, professionnels, sentimentaux]* ».

La société occidentale moderne connaît depuis les années 1960 une « nouvelle culture psychologique » que l'on rencontre dans une « augmentation de la consommation de psychologie » pour les sujets « normaux » (Castel, 1981) mais également dans l'essor de la médecine psychosomatique et dans la promotion d'un travail psychologique sur soi-même.

Dans une « société du travail sur soi » (Vranckren, Macquet, 2006), la « psychologisation de la société » s'accompagne d'une surdétermination du psychisme et des facteurs psychologiques dans toutes les sphères de la vie sociale, et d'une invitation au récit de soi. Dans son prolongement est apparue une culture de la reconnaissance du traumatisme dans les sociétés occidentales sous la conjugaison de différents facteurs (Fassin, Rechtman, 2007). Le traumatisme (trace psychique ou cicatrice physique d'un événement douloureux ou violent) est une catégorie psychopathologique née à la fin du XIXe, rénovée au XXe avec le DSMIII<sup>5</sup>, dont la réception sociale a été telle qu'elle est devenue, dans le sens commun, le « nouveau langage de l'événement » (idem : 9).

Dès lors, la logique sociale à l'œuvre est celle de la réparation. Elle sous-tend, d'une part, des conduites de prévention de la récurrence des patients visant à réparer le traumatisme psychique pour supprimer le risque de rechute. D'autre part, elle sous-tend – en partie – les pratiques des professionnels centrées sur l'accompagnement des malades pour atténuer les effets – physiques, psychologiques et sociaux – néfastes des traitements et améliorer la qualité de vie des patients.

### Le « psychisme » comme facteur de risque du cancer

Plusieurs interviewés semblent vouloir trouver impérativement les risques auxquels ils ont été exposés afin de trouver l'explication de leur cancer, mais aussi pour prévenir une récurrence. Cette démarche prend la forme d'une enquête épidémiologique profane qui interroge les divers facteurs de risque réels ou supposés par la personne, à l'instar du modèle scientifique. Dans les sociétés occidentales, la santé publique, avec le paradigme de l'épidémiologie (modèles prédictifs, recherche de facteurs de risques), participe à une conceptualisation de la maladie en tant que processus s'expliquant rationnellement. La maladie n'est pas le fruit du hasard mais la conséquence d'une exposition de l'individu à un ou plusieurs risques (Berlivet, 2004). Néanmoins, pour les individus, cette démarche d'enquête comporte une dimension performative supplémentaire de conjuration de la récurrence.

L'enquête épidémiologique profane privilégie les facteurs de risque les plus « acceptables » selon les normes sociales actuelles, parmi lesquels le facteur psychique pour les raisons qui ont été évoquées. Ainsi, les récits de plusieurs femmes atteintes d'un cancer du sein montrent qu'elles écartent ou minimisent les facteurs de risque de cancer du sein décrits par la pensée médicale ou populaire (alimentation, tabagisme, sédentarité, grossesse tardive, absence d'allaitement, microtraumatismes) qui sont des facteurs comportementaux pour lesquels elles pourraient être tenues pour responsables dans la société occidentale. En revanche, elles ne retiennent, ou ne mettent en exergue, que ceux qui les exonèrent partiellement (traitement hormonal substitutif<sup>6</sup>) ou totalement (hérédité, événements biographiques douloureux) de leur responsabilité dans la survenue de la maladie et n'incrimine pas leurs comportements.

Depuis l'institutionnalisation de la responsabilité individuelle par la santé publique dans la société occidentale (Crawford, 1981) la maladie en général – et le cancer en particulier – est pensée en tant que conséquence de conduites (alimentaires et style de vie) déviantes des normes médicales. Ainsi, le « code européen du cancer » établi par les experts cancérologues auprès de la commission européenne le 28 et 29 novembre 1994 à Bonn, contient 10 mesures et conseils pour éviter certains cancers. Ce « code » été diffusé auprès du public lors d'une campagne européenne contre le cancer en 1995 et 1996. Le code européen, par la référence symbolique au chiffre Dix (dix mesures et conseils) et par le style dans lequel ces mesures et

<sup>5</sup> Avec la notion de « syndrome de stress post-traumatique » (*Posttraumatic stress disorder*).

<sup>6</sup> Elle partage avec le médecin prescripteur la responsabilité de la prise d'un traitement hormonal substitutif au cours de la ménopause.

conseils sont rédigés, est une référence implicite aux « dix commandements »<sup>7</sup>. Cette campagne a été conçue – probablement – comme une stratégie sémantique pour faciliter l'intériorisation des normes définies par la santé publique. Cependant, elle confirme la thèse de Katz (1997) qui décrit la santé publique comme nouvelle « moralité séculière » construite sur les mêmes principes de péché, de punition, de rédemption que la morale judéo-chrétienne traditionnelle, ainsi que celle de Zola (1981) voyant dans la santé publique un relais de la religion et de la loi (Massé, 2003).

L'intériorisation de la faute (le péché) rendue possible grâce à la sur-culpabilisation de l'église au Moyen Age et à la Renaissance a permis l'émergence du sentiment de culpabilité qui est devenu un élément déterminant du contrôle social dans les sociétés occidentales modernes (Delumeau, 1983). De la sur-responsabilisation de soi caractérisant les sociétés modernes libérales en résulte une « micro-éthique » (Lecourt, 1996) de la honte qui alimente le contrôle social, une « honte intériorisée de ne pas être sain, énergique et productif, mais surtout la honte de ne pas avoir tout fait en son pouvoir pour maintenir sa santé » (Lecourt 1996, cité par Massé, 2003 : 25).

Du point de vue de la santé publique, cette ethnoépidémiologie élevant le psychisme au rang de facteur de risque du cancer, nous semble particulièrement importante à connaître car les personnes qui envisagent le « risque psychique » au même titre que les autres facteurs de risques, développent des stratégies de réduction du risque. Elles adoptent de véritables conduites préventives des récidives en cherchant à résoudre leur conflit psychique. Pour cela, les interviewés ont souvent des recours pluriels, associant des thérapies conventionnelles avec un psychiatre ou un psychologue, des psychothérapies de groupe, des thérapies aux marges des soins conventionnels (thérapies corporelles, énergétiques, relaxation, etc), et des thérapies alternatives comme le décodage biologique. Ils reconstruisent ou réaménagent leur vie en modifiant leur style de vie pour diminuer les pressions sociales, développent leur spiritualité, favorisent les activités de loisirs. Ces conduites préventives sont une manière de réduire l'incertitude de la guérison. Elles sont sous-tendues par une logique pragmatique que l'on pourrait résumer par la formule « pour vivre sans la maladie, il faut vivre sans sa cause ».

## Une psychosomatique profane

Penser concrètement les liens entre le corps et l'esprit ne va pas de soi. En effet, la plupart des interviewés ne peuvent expliquer par quel mécanisme causal le psychisme peut induire un cancer, même s'ils affirment, comme Jean-Pierre (58 ans), « *que la tête gouverne le corps* ». Comment les personnes pensent-elles les interactions pathogènes entre l'esprit et le corps ?

### *Des traces de la théorie des humeurs*

Selon Rosenberg (1979, cité par Moulin, 1991), l'humorisme hippocratique qui a été le fondement de la médecine pendant plus de 20 siècles a diffusé suffisamment pour

---

<sup>7</sup> Ainsi les quatre premières mesures sont :

1 – « Ne fumez pas. Si vous fumez, arrêtez le plus vite possible et ne fumez pas en présence des autres. Si vous ne fumez pas, ne vous laissez pas tenter par le tabac »

2 – « Si vous buvez des boissons alcoolisées –bière, vin ou alcool – modérez votre consommation »

3 – « Augmentez votre consommation quotidienne de fruits et légumes frais. Mangez souvent des céréales à haute teneur en fibres ».

4 – « Évitez l'excès de poids, augmentez votre activité physique et limitez la consommation d'aliments riches en matière grasse »

etc.



constituer un savoir commun aux malades et aux médecins jusqu'à la rupture opérée par la médecine scientifique. Les théories humorales hippocratiques, revisitées par les médecins à l'Âge classique expliquaient l'origine du cancer par la tristesse, la colère, l'inquiétude, les émotions et autres perturbations de l'esprit (on ne parlait pas encore de « stress ») qui font affluer l'humeur mélancolique « chargée d'acide et d'un levain vicieux cancérigène » (Darmon, 1993). Des théories humorales, il semble persister quelques traces sémantiques avec l'utilisation par quelques personnes du verbe « sécréter » (« *sécréter un cancer* »).

#### *Un système de correspondances*

Quelques interviewés se sont exprimés spontanément sur les causes instrumentales. Ils évoquent alors différents processus mentaux tels que « *l'auto-suggestion* » lorsque la personne est intimement convaincue qu'elle doit développer un cancer au cours de sa vie, elle finit par « *faire un cancer* ». D'autres évoquent la maladie comme un langage qui met en correspondance le corps et l'esprit, le social et le corps. Les lésions corporelles ou les dysfonctionnements organiques sont pensés comme des « mots » biologiques qui révèlent à l'individu son mal-être, comme le raconte un homme de 48 ans, traité pour un cancer de la langue qu'il explique par la rétention de contrariétés restées « *en travers de la gorge* ».

Les métaphores permettent de penser la transmutation des forces sociales en symptômes physiques (Benoist, Cathebras, 1993). La pensée analogique crée un système de correspondances entre le corps et l'esprit popularisé par la vulgate psychanalytique. Ce système de correspondances repose sur des associations, d'ordre analogique ou métaphorique, entre des expressions imagées de la langue française et les maladies ou symptômes révélant les ponts symboliques et sémantiques que l'individu établit entre les différents événements ou expériences de sa vie et la maladie.

D'autres personnes ont une explication inspirée des théories développées par des médecines psychosomatiques alternatives (comme le « *décodage biologique* », la « *biologie totale des êtres vivants* », la « *médecine nouvelle germanique* ») qui postulent que chaque « *conflit psychique* » crée un « *choc biologique* » dans une zone du cerveau, elle-même en correspondance avec un organe déterminé ou une fonction physiologique. Selon ces théories, il ne s'agit pas d'une relation de type métaphorique ou analogique entre les dysfonctionnements du corps et l'activité psychique, mais d'un lien matérialisé par des correspondances cérébro-lésionnelles de nature biologique. Les entretiens montrent que ces théories ne sont pas identifiées par les personnes comme étant alternatives, mais comme des conceptions largement partagées par le corps médical et para-médical. Ceci s'explique, d'une part, par leur adoption et leur mise en pratique par de nombreux professionnels de santé (médecins généralistes ou homéopathes, kinésithérapeutes, psychologues, psychiatres). D'autre part, ces théories sont diffusées par un réseau de thérapeutes non-conventionnels de plus en plus nombreux et sur de multiples supports (livres, revues, Internet).

#### *Une perte de la force vitale*

Pour d'autres, les événements traumatiques ou le mode de vie « *minent* » ou « *rongent* » la personne, lui enlèvent (« *pompent* ») son énergie. Le registre sémantique est celui de la perte « *d'énergie* » ou de « *force* » vitales. Soit parce que l'activité psychique perturbée consomme une grande quantité « *d'énergie* », soit parce que le mode de vie moderne épuise la personne, le corps s'affaiblit et il se crée un terrain favorable au développement du cancer. La faiblesse et son contraire, la force, peuvent être congénitales (« *on est né comme ça* ») comme dans le récit d'une femme qui évoque « *en creux* » la force qui lui a permis de survivre au cancer et à d'autres maladies, alors que des membres de sa famille en sont morts. Mais le plus souvent, la faiblesse est acquise, conséquence

d'événements traumatisants ou d'une dépression qui affaiblissent le corps. De même, la notion de force (« *force intérieure* », « *force en nous* ») est convoquée par les individus pour penser la guérison ou la rémission, pour lutter contre la maladie et « *ne pas se laisser envahir* », dans une conception de la personne comme le lieu d'un rapport de force.

### *L'incorporation du malheur*

Enfin, les discours des interviewés font état d'autres mécanismes d'ordre symbolique dont le principal est celui de l'incorporation. En effet, le cancer peut-être perçu comme la conséquence d'une accumulation d'événements biographiques traumatisants (séparation, décès d'un proche, procès) ou de la pression sociale (au travail principalement : « *on accumule et un jour ça explose, c'est le cancer* »), ou d'une « *succession d'événements douloureux* », ou encore d'une dépression. Ces expériences sont « incorporées » et se transforment en cancer. Les personnes parlent alors de se « *laisser envahir* ».

Les anthropologues ont largement décrit la maladie comme un événement dans la chaîne du malheur (Augé, 1984). Les événements malheureux vécus étant renvoyés, par les individus, les uns aux autres comme autant d'effets de la même chaîne causale et interprétables selon les mêmes schèmes étiologiques, parmi lesquels la sorcellerie a été le plus souvent décrite (Zempléni, 1985 ; Favret-Saada, 1977). Dans notre étude, comme dans celle de Saillant (1988), le cancer marque la fin de cet enchaînement d'événements douloureux, soit parce qu'il en est l'aboutissement (l'effet ultime, « *le point final* »), soit parce qu'il permet d'interrompre un cycle. Le cancer est parfois l'événement biographique malheureux permettant de conjurer un malheur encore plus grand pour la personne.

Le cancer est aussi perçu comme le résultat de l'incorporation de forces sociales délétères. Il s'agit principalement, dans les entretiens recueillis, de « *pressions* » subies dans le cadre du travail (surcharge, horaires de travail, harcèlement moral), vécues négativement par les individus.

Dans la limite de notre échantillon, nous n'avons pas trouvé de différence dans le vécu des conditions de travail perçues de manière néfastes selon les caractéristiques socio-démographiques et économiques des personnes, ou selon le type d'emploi. De plus, notre étude ne retrouve pas d'usage genré de la catégorie « stress » comme dans l'étude australienne de Whittaker (1998). Selon cet auteur, le stress en tant que modèle étiologique est évoqué par les hommes principalement pour parler de leur position professionnelle et sociale et de leur environnement de travail, alors que les femmes utilisent ce modèle pour parler de leurs relations interpersonnelles et de leurs difficultés familiales (couple, enfants). La proportion d'hommes est trop faible dans notre groupe de répondants pour généraliser nos résultats, mais nous remarquons que quatre hommes (4/9) qui relient cancer et psychisme dans la survenue de la maladie se situent dans un modèle endogène. En revanche, les femmes interviewées évoquent le « stress » en tant que catégorie étiologique pour dénoncer leurs relations de travail conflictuelles, et/ou de leurs conditions de travail, tout autant que de leurs difficultés familiales (d'épouse, de mère, ou de fille).

Quel que soit le genre de l'interviewé, ou sa condition sociale, l'attribution de la maladie au « stress » est, d'une part, une manière de se présenter aux autres. En effet, comme nous l'avons montré dans un précédent travail (Eck-Sarradon, 2002), en évoquant le stress pathogène, les personnes se définissent en mettant en avant certaines qualités ou attributs sociaux valorisés dans la société française (réussite professionnelle, hyperactivité, investissement personnel dans la vie professionnelle ou la vie sociale, don de soi, générosité). D'autre part, elle est aussi une dénonciation de la conflictualité et de la violence dans les interactions sociales, des processus de domination dans le monde du travail qui sont incorporés et s'inscrivent dans les corps sous la forme de la maladie cancéreuse.

Dans cette catégorie étiologique, le cancer est une métonymie de l'expérience physique et sociale de l'individu.

### *Une perte de contrôle de soi*

Dans la pensée populaire, le mot « stress » a la signification de choc émotionnel, mais aussi de pression sociale, de difficultés économiques ou sociales caractérisant le monde moderne auxquelles l'individu ne peut plus faire face et qui le déborde. Dans notre enquête, comme celle de Manderson et *al* (2005) les personnes qui expliquent la survenue de leur cancer par le « stress » perçoivent leur corps comme un objet passif, qui échappe à leur contrôle comme le contrôle de leur propre vie leur échappe en raison de leurs conditions d'existence. Le cancer – développement incontrôlé de cellules dans le corps, et métaphore du désordre social (Sontag, 1979)- serait alors une métonymie de cette perte de contrôle de leur vie, et du débordement de la vie sociale, de la dégradation des relations sociales (familiales ou professionnelles) (Manderson et *al*, 2005).

Le corps, lieu de la communication sociale et d'intériorisation des normes sociales, est aussi le lieu où se métabolise le malaise social qui se transforme dans les organes en souffrance et en maladie (Pandolfi, 1993). Le « corps mémorial » est un lieu de résistance de l'individu au social, à ses contraintes (*idem*). Néanmoins, il ne s'agit pas d'un corps passif, car la mise en récit de la maladie permet une reconstruction de l'individu à partir de ses échecs ou de ses défaites au travers du choix d'un récit étiologique qui est, avant tout, un récit de révolte et de transformation des rapports de l'individu à la société et au monde. En effet, nombreuses sont les personnes qui, dans leur récit de la maladie, ont fait état de transformations dans leur vie à la suite de la maladie. Le cancer a joué, pour plusieurs personnes et au travers de l'imputation causale du psychisme, un rôle de « révélateur » d'un mode de vie dont elles ne veulent plus et que les transformations opérées définissent « en négatif » : détachement par rapport aux contraintes sociales ; réaménagement du mode de vie laissant plus de place aux loisirs, à la relaxation, à la vie spirituelle ; recentrement sur soi (« *penser à soi* », « *s'occuper de soi* », « *s'écouter* ») ; modification des rythmes de travail, voire reconversion professionnelle. Il s'agit, pour l'individu, de marquer d'une part la rupture avec les contraintes du social, et d'autre part de retrouver le contrôle de sa vie.

## **Conclusion**

L'interprétation de la maladie qui met en cause le psychisme agit sur l'expérience individuelle de la maladie cancéreuse. En effet, elle favorise un travail de reconstruction identitaire du malade et de réorganisation de son monde démoli par la maladie en créant des repères, des ponts symboliques entre les événements, et en donnant un sens à l'événement maladie (Kleinman, 1980 ; Good, 1998).

Le sens de la maladie est conditionné par la nature de la maladie elle-même d'une part, et d'autre part par le contexte culturel du malade, par l'univers de représentations, de normes, de valeurs, de rapports sociaux qui structure la vie quotidienne. Certes, la situation d'entretien biographique peut conduire à surestimer la dimension narrative du processus d'attribution causale. Néanmoins, la norme de la narrativité valorisant le malade comme sujet au travers de la narration (Memmi, 2005) est particulièrement prégnante dans le champ de la prise en charge du cancer avec les nouvelles pratiques d'accompagnement des malades (Gagnon, Marche, 2007) qui invitent les individus à mettre en récit leurs expériences et leur singularité. Parmi les causes possibles du cancer, la psychogenèse est celle qui se prête le mieux à la narration car elle relie le passé de l'individu, le présent et son avenir. Elle s'énonce dans des espaces de parole spécifiques, autorisés par les soignants et par l'institution, caractérisés par

une approche centrée sur la personne et non sur sa maladie, par le temps d'écoute accordée au patient, par des dispositifs de soin favorisant une plus grande proximité avec le patient.

La mise en récit étiologique qui relie cancer et activité psychique est également une voie pour ne pas se sentir dépossédé de la prise en charge de sa maladie. En effet, l'expertise du patient qui détermine l'origine de la maladie, alors que les médecins ne se prononcent pas sur ce sujet, légitime le droit du patient à un discours spécifique sur son corps et sa maladie (Herzlich, Pierret, 1991). De plus, la causalité psychique, parce qu'elle laisse la possibilité à la personne d'intervenir sur la cause supposée du cancer, renforce l'idée du pouvoir du malade d'agir sur son corps et sur la maladie. La mise en cause du psychisme est donc une voie pour reprendre du pouvoir dans la gestion de sa maladie et, le cancer étant la métaphore de la perte de contrôle, de reprendre le contrôle de sa vie. En ce sens, la représentation culturelle de la psychogenèse s'ajuste à l'intériorisation de l'impératif sociétal d'autocontrôle (Massé, 2003). Elle permet au malade d'être actif dans sa prise en charge en réduisant l'incertitude du pronostic et en tentant de prévenir la récurrence.

### Remerciements

Je remercie la Fondation de France qui a subventionné la recherche sur laquelle repose ce texte, ainsi que le Cancéropôle PACA et l'Institut Paoli Calmettes partenaires de ce projet. Je remercie le Dr Jacques Camerlo qui m'a ouvert les portes de son service et m'a fait part de ses conseils et ses réflexions précieux.

Je remercie particulièrement Coralie Caudullo et Sandrine Musso pour leur participation à l'enquête de terrain et à l'analyse des données, ainsi que Juliette Sakoyan pour ses commentaires sur une première version du texte.

### Références

AUGÉ M, « Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement », In Augé M ; Herzlich C (eds) *Le sens du mal*, Paris, Éditions des Archives contemporaines, 1984 35-91.

BATAILLE P, *Un cancer et la vie. Les malades face à la maladie*, Paris, Balland , 2003.

BENOIST J, CATHEBRAS P, : "The Body : from an Immateriality to another », *Social Sciences and Medicine*, 1993, 36, 7 : 857-865.

BERLIVET L, « Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention », In Fassin D, et Memmi D (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS (collection « Cas de figure »), 2004 : 37-75.

BURRY M, « Chronic illness as biographical disruption », *Sociology of Health and Illness*, 1983, 4, 2 : 167-82.

CASTEL R, *La gestion des risques. De l'antipsychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Les éditions de minuit, 1981.

CRAWFORD R, « 'C'est de ta faute' : l'idéologie de la culpabilisation de la victime et ses applications dans les politiques de santé, In Bozzini (Dir), *Médecine et société, les années 80*, Montréal, Éditions Saint Martin, 1981 : 481-512.

DANY L, DUDOIT E, FAVRE R, « Analyse des représentations sociales du cancer et de la souffrance », *Psycho-oncologie*, 2008 : 52-58.

DARMON P, *Les cellules folles. L'homme face au cancer de l'Antiquité à nos jours*, Paris, Plon, 1993.

DELUMEAU J, *Le péché et la peur en Occident. La culpabilisation en Occident XIIIe-XVIIIe siècle*, Paris, Fayard, 1983.

ECK-SARRADON A, *S'expliquer la maladie. Une ethnologie de l'interprétation de la maladie en situation de soins*, Ville Neuve d'Ascq, Presse Universitaire du Septentrion, 2002.

EISENBRUCH M, YEO SS, MEISER B, GOLDSTEIN D, TRUCKER K, BARLOW-STEWAERT K, « Optimising clinical practice in cancer genetics with cultural competence : lessons to be learned from ethnographic research with Chinese-Australians », *Social Science and Medicine*, 2004, 59 : 235-248.

FAINZANG S, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, PUF, 2006.

FASSIN D, RECHTMAN R, *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, 2007.

FAVRET-SAADA J, *Les mots, la mort, les sorts*, Paris, Gallimard, 1977.

GAGNON E, MARCHE H, « Communication, singularité, héroïsme. L'accompagnement et les gestions temporelles du cancer », in Rossi I (dir) *Prévoir et prédire la maladie. De la divination au pronostic*, Paris, Aux Lieux d'être, 2007 : 285-302.

GARSSSEN B, « Psychological factors and cancer development : evidence after 30 years research », *Clinical Psychology Review*, 2004, 24 : 315-38.

GOOD B, *Comment faire de l'anthropologie médicale. Médecine, rationalité et vécu*, Les empêcheurs de penser en rond, 1998.

GORDON D, « Embodying illness, embodying cancer », *Culture Medicine and Psychiatry*, 1990, 14 : 275-297.

HERZLICH C, PIERRET J, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 1991.

JADOULLE V, OGEZ D, ROKBANI L, « Le cancer, défaite du psychisme ? », *Bulletin du Cancer*, 2004, 91 (3) : 249-56

JAFFRÉ Y, « Trop proche ou trop lointain : la construction de la relation entre soignants et soignés dans un service d'hémo-oncologie au Mali », *Santé Publique et Sciences sociales*, 2002, 8-9 : 119-144.

KATON W, KLEINMAN A, Doctor-patient negotiation and other social science strategies in patient care, In : Eisenberg L, Kleinman A (eds), *The relevance of social science for medicine*, Dordrecht, D Reidel, 1981.

KATZ S, Secular Morality, In Brandt et Rozin (dir) *Morality and Health*, Nex York, London, Routledge, pp. 297-330.

KLEINMAN A, *Patients and healers in the context of culture*, Berkeley-Los Angeles-London, University of California Press, 1980.

LAPLANTINE F, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1986

LECOURT D, « Le paradoxe moderne de l'éthique », *Le Magazine littéraire*, 1996 : 112-115.

MANDERSON L, MARKOVIC M, QUINN M, « 'Like a roulette' : Australian women's explanations of gynecological cancers », *Social Science and medecine*, 2005, 61 : 323-332.

MASSÉ R, *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, Montréal, les Presses de l'Université de Laval, 2003.

MEMMI D, Du gouvernement des corps par la parole , *Sciences Humaines*, hors série n°48 "La santé : enjeu de société", 2005 : 46-47.

MÉNORET M, *Les temps du cancer*, Paris, CNRS Éditions, 1999.

MOULIN AM, *Le dernier langage de la médecine. Histoire de l'immunologie de Pasteur au Sida*, PUF, 1991

OUVRIER MA, *Du soignant au soigné. Explorations des modalités sociales de la prise en charge clinique du cancer en France*, Mémoire de DEA d'Anthropologie, option Anthropologie bioculturelle, 2004.

PANDOLFI M, Le self, le corps, la « crise de la présence », *Anthropologie et Sociétés*, 1993, vol. 17, n° 1-2 : 57-77.

PERETTI-WATEL P, Ce que la population pense du cancer. Opinions, risques perçus et causes présumées, In Guibert P, Peretti-Watel P, Beck F, Gautier A, *Baromètre du cancer*, Paris, Éditions INPES, 2006 : 31-52

REYNAERT C, LIBERT Y, JANNE P, « Psychogenèse » du cancer : entre mythes, abus et réalités », *Bulletin du cancer*, 2000, 87, 9 : 655-64.

ROSENBERG C, VOGEL MJ (eds), *The therapeutic revolution*, Philadelphia, Pensylvania, University Press, 1979.

ROSMAN S, « Cancer and stigma : experience of patients with chemotherapy-induced alopecia », *Patient Education and Counseling*, 2004, 52 : 333-9.

SAILLANT F, *Cancer et culture. Produire le sens de la maladie*, Montréal, Editions Saint-Martin, 1988.

SANTIAGO DELEFOSSE M, « Psychologie de la santé et cancer. État de la question et nouvelles perspectives », In Ben Soussan P, Julian-Reynier C (Dir) *Cancer et recherches en sciences humaines*, Erès, 2008 : 47-73.

SARRADON-ECK A, « Pour une anthropologie clinique : saisir le sens de l'expérience du cancer », In In Ben Soussan P (dir), *Le cancer, approche psychodynamique chez l'adulte*, Erès, 2004 : 31-45.

SONTAG S, *La maladie comme métaphore*, Paris, Seuil, 1979.

SPERBER D, *Le savoir des anthropologues*, Paris, Herman, collection Savoir, 1982.

SPERBER D, « L'étude anthropologique des représentations : problèmes et perspectives », In Jodelet D (Dir) *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1991 : 115-130.

STEWART DE, CHEUNG AM, DUFF S, WONG F, McQUESTION M, et al, « Attributions of cancer cause and recurrence in long-term breast cancer survivors », *Psychooncology*, 2001, 10, 2 : 179-83.

VRANCKEN D, MACQUET C, 2006, *Le travail sur Soi - Vers une psychologisation de la société ?*, Paris, Belin, Collection Perspectives sociologiques, 2006.

WHITTAKER A, « Talk about cancer : environment and health in Oceanpoint », *Health & Place*, 1998, 4, 4 : 313-325.

ZEMPLÉNI A, « La maladie et ses causes. Introduction », *L'ethnographie*, 1985, N°96-97 (Causes et agents de la maladie chez les peuples sans écriture) : 13-44.

ZOLA I, « Culte de la santé et méfaits de la médicalisation », In Bozzini (Dir), *Médecine et société, les années 80*, Montréal, Éditions Saint Martin, 1981 : 41-67.